



TITLE:

# 学会抄録 第188回日本泌尿器学会 関西地方会

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第188回日本泌尿器学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2005, 51(5): 351-357

ISSUE DATE:

2005-05

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/113605>

RIGHT:

## 学会抄録

## 第188回 日本泌尿器学会関西地方会

(2004年9月4日(土), 於 西宮市兵庫医科大学)

褐色細胞腫が疑われた副腎皮質血管腫の1例: 山道 深, 岩本孝弘, 宮崎茂典 (三田市民), 木崎智彦 (同病理) 58歳, 男性. 近医内科で高血圧加療中に, 超音波検査にて左副腎腫瘍を指摘され, 当科紹介受診. CT 上 7×6×6 cm 大の内部不均一で, 辺縁から中心部にかけて造影効果を示す腫瘍を認め, MRI にて腫瘍は T2 強調像で不均一な高信号域を認めた. 内分泌学検査より, ドーパミン, ノルアドレナリンの上昇を認め, <sup>123</sup>I-MIBG でも左副腎に軽度の取り込みを認めた. 褐色細胞腫を疑い, 2004年5月に腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した. 摘出標本は126 g, 一部正常な副腎組織を認めたが, 大小の空洞を持つ暗赤色の充実性腫瘍で占拠されていた. 病理診断は副腎血管腫であった. 術後, ドーパミン, ノルアドレナリンとも正常化し, 経過良好である. 副腎血管腫は, 文献上, 検索しえた限り, 本邦で68例の報告を認めるが, 内分泌活性をもつ腫瘍は自験例のみであった.

副腎 Ganglioneuroma の1例: 福井勝也, 日浦義仁, 川喜多繁誠, 吉田健志, 河 源, 六車光英, 木下秀文, 松田公志 (関西医大), 植村芳子 (同病理) 36歳, 男性. 2003年10月近医にて右副腎腫瘍指摘され, 2004年1月7日当科紹介受診となった. 腹部 CT 上, 右副腎に内部均一な径 4.4 cm の低吸収像を認め, MRI 上, T1 高低信号像, T2 内部均一な低信号像を認めた. 内分泌学的検査上, 尿中カテコラミンの軽度上昇を認めたが, 生理的上昇範囲内と考えられた. 内分泌非活性副腎腫瘍と診断し, 腹腔鏡下右副腎摘除術を2004年4月30日に施行した. 摘出腫瘍は径 4.5×4.2×3.5 cm の黄白色の断面を呈する充実性腫瘍であり, 病理組織学的所見では神経線維成分からなる腫瘍で部分的に成熟型神経節細胞が散在していることより副腎 ganglioneuroma と診断された. 術後問題なく経過し, 10日目に退院となった. 術後4ヵ月を経過した現在, 経過良好である.

後腹膜原発悪性線維性組織球腫 (MFH) の1例: 前澤卓也, 片岡晃 (社保滋賀) 66歳, 男性. 貧血および体重減少を主訴に近医受診. 血液検査にて肝機能異常を指摘され, 当院内科紹介となる. 腹部超音波にて左腎腫瘍を疑われ, 精査, 加療目的にて当科入院. 血液検査上, 貧血, 肝機能異常に加え, CRP, IAP, Ferritin の上昇を認めた. CT にて, 左後腹膜腔内に 60×80×80 mm の内部不均一な造影効果の弱い腫瘍を認めた. MRI では腫瘍と左腎との境界は比較的明瞭であった. 後腹膜原発肉腫と診断し, 腫瘍を含めた根治的左腎摘除術手術を施行した. 病理上, 線維芽細胞や組織球様細胞が渦巻状に配列する Storiform pattern といわれる構造を広範に認め, 免疫染色にて CD-68 が陽性であり MFH と診断した. 術後補助化学療法は施行せず, 4ヵ月経過したが, 画像, マーカー上再発は認めていない.

神経線維腫症Ⅰ型 (von Recklinghausen's disease) に合併した後腹膜 Malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) の1例: 三浦徹也, 村蒔基次, 山田裕二, 大場健史, 山中和樹, 中野雄造, 竹田 雅, 田中一志, 原 勲, 守殿貞夫 (神戸大) 42歳, 女性. 長男次女とも神経線維腫症Ⅰ型. 左下腹部腫脹を主訴に前医受診. CT にて左後腹膜腔に 7 cm 大の腫瘍認め当科紹介受診. 画像上, 腫瘍内部は造影効果を認めず, 変性や壊死を伴っていると考えられ, 変性の強い良性神経原性腫瘍または悪性神経原性腫瘍を疑う所見であった. 2004年4月後腹膜腫瘍摘除術施行. 病理結果は神経線維腫症Ⅰ型に伴う神経線維腫からの悪性転化 (MPNST) であり, 腫瘍断端は陰性であった. 現在外来にて経過観察中であり, 2004年8月現在, 再発, 転移は認めていない.

後腹膜 Leiomyosarcoma の1例: 斉藤 純, 中山雅志, 市丸直嗣, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大), 瀬下 巖, 丸橋 繁, 中森正二 (同消化器外科), 雷田裕彦, 青笹克之 (同病理病態学), 中田 渡 (大阪厚生年金) 61歳, 女性. 検診の上部消化管造影検査にて腹部腫瘍を指摘され近医受診. 腹部CT上左後腹膜巨大腫瘍を認め, 当科紹介. 当科で精査したところ, 腫瘍は左腎を頭背側に, 胃を腹側に, 脾を左

側に圧排する hypervascular な径約 25 cm 大の巨大腫瘍であった. 後腹膜腫瘍切除・胃部分切除・脾体尾部切除・結腸部分切除・脾合併切除・左腎合併切除・左横隔膜部分切除・L2 椎体部分切除術を施行した. 摘除標本は, 重量 3,100 g, 大きさ 25×20×10 cm, 病理診断は leiomyosarcoma であった. 術後3ヵ月目に癌性腹膜炎を発症し, 術後4ヵ月目に永眠された.

尿管結石加療中に発症した化膿性椎間板炎, 腸腰筋膿瘍の1例: 吉田浩士, 伊藤靖彦, 内田潤二, 飛田収一 (京都市立), 上田浩之, 谷掛雅人 (同放射線), 鹿江 寛 (同整形外科) 82歳, 女性. 両側尿管結石による腎後性腎不全 (右無機能腎) に対し左尿管ステントを留置し腎機能改善をはかった後 ESWL で加療中, 急激な腰痛, 発熱, 強い炎症所見をきたした. 左腎盂腎炎を考え抗生剤投与, ステント交換を施行するも軽快しなかった. 発症4日目の CT では明らかな感染巣を同定できなかったが, 発症12日目の MRI にて化膿性椎間板炎, 腸腰筋膿瘍と診断された. 経皮的ドレナージのみでは軽快せず, 切開排膿, 腰椎前方固定術を施行し軽快した. 経過中, 血液培養, 膿培養にて MRSA 陽性であった. 尿路感染を先行感染とする化膿性椎間板炎が考えられたが, 尿培養は陰性が続いたことや画像所見より, 断定は来ていない. 腰痛, 発熱の鑑別疾患として, 整形外科の疾患も念頭におく必要があると考えられた.

外傷を契機に発見された若年性腎癌の1例: 大橋康人, 森下真一 (鐘紡記念), 山崎 浩 (神戸労災) 25歳, 男性. スノーボードで第一腰椎骨折し整形外科入院. ギブス固定し安静加療中であったが, このときの CT にて左腎に 5×3.5 cm の腫瘍を認めたため当科受診. 当初若年者の外傷患者で内部に出血を伴う左腎の腫瘍は必ずしも腎癌と断定できなかったが, 4週間後の CT では腫瘍は 5×4 cm とやや増大, 血管造影検査でも新生血管を伴う腫瘍を認めたため左腎癌と診断した. 転科後ギブス固定解除したうえで根治的左腎摘除術を施行した. 左腎の重量は 275 g, 腫瘍径は 5×4×3.5 cm で断面は黄色調, 内部に出血を伴う嚢胞形成を認めた. 病理組織診断は RCC, Clear cell subtype, G2, INFα であった. 術後5ヵ月になるが現在のところ再発をみていない. 若年性腎癌は比較的稀であるといわれており16~29歳の本邦報告例は31例目と考えられた.

腎癌の胸膜転移に対する IL-2 とサリドマイド併用療法の治療経験: 徳川茂樹, 福井辰成, 黒田昌男 (日生), 宮野宮治 (大阪船員保険) 56歳, 男性. 1997年8月に左腎癌にて腎摘除術施行. 病理診断は, 腎細胞癌 (clear cell carcinoma = granular cell carcinoma), G1 > G2, pT3a であった. 術後インターフェロン α (IFN) 600万単位週3回投与開始. 2002年11月右胸膜に転移を認め, 同年12月より IFN 900万単位週3回に増量. 無効のため2003年3月に IFN を中止し, サリドマイド1日 200 mg 内服開始したが, 胸水が増加してきたため, 当科受診. 同年6月から IL-2 を175万単位, サリドマイド 200 mg を連日投与開始. 治療開始後80日目以降, 胸水は著しく減少し, 14ヵ月を経過した現在も胸水の増加なく, 胸膜転移の増大なく, 新病変の出現もなく, 外来通院にて IL-2 (週3回) とサリドマイド (連日) 併用療法を継続中である.

腎細胞癌脾転移の1例: 矢野公大, 岩田 健, 宮下浩明 (近江八幡市民), 中野且敬 (同外科), 金沢元洪 (松下記念) 70歳, 女性. 右腎細胞癌の診断のもと2002年12月に根治的腎摘除術 (HALS) を施行. 病理診断は嫌色素細胞癌, G2, INFα, v (+), pT1bN0M0 であった. 2003年12月, 経過観察の腹部 CT にて脾体尾部移行部に 2 cm 大の腫瘍を認めた. 血液生化学検査では, 耐糖能異常を認めず, アミラーゼも正常範囲であった. 腹部血管造影検査では, 大脾動脈と横行脾動脈より栄養される Hypervascular な腫瘍を認めた. 画像診断上, 他臓器に転移を認めず, 2004年1月, 当院外科にて脾体尾部切除および脾合併切除術を施行した. 病理診断は, 腎細胞癌脾転移であった. 術後7

カ月を経過し、無再発生存中である。腎細胞癌肺転移症例に対し、外科的切除以外の有効な治療法は確立されていないため、切除可能な症例であれば、積極的に手術を行うべきと思われた。

**腎癌自然破裂による腹腔内血腫の1例：**田中雅登，角田洋一，矢沢浩治，原田泰規，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立総合医療セ），伏見博彰（同病理） 72歳，男性。2004年1月23日，無症候性肉眼的血尿にて当科初診。1月26日，腹部超音波像で左腎上極に径6 cm 大の腫瘍を認めた。2月4日，腹部CT施行後にショック状態となり，当科緊急入院となった。CTにて脾臓周囲から肝左側に血腫の貯留を認め，左腎腫瘍による腎周囲血腫と診断。左腎動脈造影で，腫瘍からのextravasationを認め，塞栓術を施行後，緊急開腹術を施行した。後腹膜に血腫は存在せず，腹腔内より多量の血腫を回収。左腎腫瘍は破裂し，脾臓への直接浸潤を認めたため，腎および脾臓合併切除を施行した。病理組織学的診断はRenal cell carcinoma of the left kidney: infiltrating type, spindle cell carcinoma, G3, INFβ, v(+), pT4であり，脾臓へ直接浸潤した，腎癌自然破裂による腹腔内血腫と診断した。同年3月23日に両側肺転移および左後腹膜の局所再発を認め，同年5月9日に死亡した。

**脂肪肉腫との鑑別が困難であったリンパ節腫脹を伴う腎血管筋脂肪腫の1例：**三島崇生，佐藤仁彦，谷口久哲，巽一啓，大口尚基，河源，六車光英，木下秀文，松田公志（関西医大），坂井田紀子（同病理）患者は53歳，女性。2004年2月腹部膨満感が近医受診し，MRIで後腹膜腫瘍指摘され当科受診となった。既往歴には特記することなし。CT・MRIで脂肪成分が多く，長径20 cmの腫瘍を認め，傍大動脈リンパ節にも腫大を認めたため脂肪肉腫の診断のもと経腹的根治的右腎摘除術を施行。腫瘍は腎実質から発生しており，HMB45 染色陽性，腎血管筋脂肪腫の診断であった。摘出したリンパ節にも同様の病変を認めた。腎血管筋脂肪腫がリンパ節病変を伴っていても予後は良好とされる意見が多い。腫大を認めるリンパ節病変が多病巣性か転移によるものかの結論はいまだ不明である。術後6カ月を経過した現在，外来にて経過観察で画像上再発は認めていない。

**自然破裂をきたした腎血管筋脂肪腫の2例：**金啓盛，松原重治，中村一郎（神戸西市民），山中邦人（市立西脇） 症例1:46歳，男性。2001年4月12日右背部痛を主訴に当科受診。画像所見にて右腎下極に7×5 cm 大の血腫を伴う腫瘍が認められ，さらに右腎上極に5×4 cm，左腎にも同様の小腫瘍が多発しており，腎血管筋脂肪腫（以下AML）の破裂と考えられた。同年5月17日右腎摘除術を施行した。病理組織はAMLであった。症例2:43歳，男性。同年6月11日左背部痛を主訴に当科受診。画像所見にて左腎下極に出血を伴った4 cm 大の腫瘍が認められ，AMLの破裂の診断で選択的動脈塞栓術を行った。症例1と2は同胞で結節性硬化症（以下TS）であった。TSのAML合併例では，腫瘍は増大しやすく，症状を伴いやすいため，AMLの治療方針を決定する際にその腫瘍径や症状に加えてTSの有無も考慮し，またその家族にも注意を喚起する必要があると考える。

**膀胱タンポナーデを呈した腎カルチノイドの1例：**梶田洋一郎，惠謙，岡部達士郎（滋賀成人病セ） 65歳，男性。5年前他区にてPNL施行時左腎中極に3 cmの腫瘍を指摘されたが放置していた。血尿，尿閉にて当科初診時左腎に9 cmの被膜を有する嚢胞状，一部充実性の腫瘤を認めた。腎盂腎杯は外側に圧排され軽度水腎症となっていた。精査にて他に異常を認めず根治的腎摘除術を施行，病理学的診断はカルチノイド腫瘍であり免疫組織化学染色ではNSE, cytokeratinが全域で陽性，chromogranin-Aが部分的に陽性を示した。また病理学的に腎門部リンパ節転移を認めた。術後消化器系の精査では異常を認めなかったがPSA 22.0 ng/mlのため前立腺生検を施行したところ，Gleason's score 4+5の前立腺癌が検出された。術後5カ月間カルチノイドの再発を認めていない。本症例は学会報告を含めた腎カルチノイド国内報告例の第31例目であった。

**腎炎症性偽腫瘍の2例：**寺川智章，田口功，今西治，山中望（神鋼），伊藤利江子，近藤武史（同病理），藤代早月，畠中真帆（同放射線），山田裕二（神戸大） 症例1:73歳，男性。顕微鏡的血尿にて当科受診。腹部超音波検査で左腎に腫瘤を指摘。症例2:68歳，女性。消化器症状を主訴に近医受診し，腹部超音波検査にて左腎に腫瘤を指摘され精査加療目的に当科受診。2症例とも各種画像検査で乏血管性

腎細胞癌と診断され，全身麻酔下に根治的左腎摘出術施行。腫瘍はそれぞれ径3, 4 cmで被膜に覆われた充実性腫瘍であった。2症例とも病理組織学的に腎炎症性偽腫瘍（inflammatory myofibroblastic tumor）の診断であった。2症例とも術後，再発，転移を認めていない。炎症性偽腫瘍は腎に発生することは稀である。腎炎症性偽腫瘍は画像診断は困難とされているが，MRIでT1, T2強調画像とも信号強度が低く，その点で補助診断に役立つと考えられた。

**体外手術により切除した右腎動脈瘤の1例：**岸川英史，林哲也，阿部豊文，中山治郎，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 56歳，女性。2003年12月，他院整形外科にて腰椎MRIで右後腹膜に腫瘍性病変を指摘され当科受診。腹部造影CT，腹部血管造影にて右腎動脈第一分岐部の径32 mmの石灰化を伴わない動脈瘤と診断し，2004年4月5日，体外腎血管再建術，自家腎移植術を施行した。上腹部正中切開による経腹的アプローチにて右腎を摘除後，腎を灌流，冷却したうえで動脈瘤を切除し，2本の分枝を一本に再建し，右腸骨窩に移植した。手術時間5時間28分，温阻血時間2分50秒，総阻血時間2時間38分であった。術4カ月後の腹部造影CTにて移植腎全体が均一に造影されており，3DCTでは動脈の再建，吻合部に狭窄やねじれを認めず，腎機能が温存されていた。

**腹腔鏡下腎摘除術を施行した右巨大水腎症の1例：**安田和生，東郷容和，丸山琢雄，野島道生，近藤幸章，滝内秀和，森義則，島博基（兵庫医大），福井浩二（明和） 68歳，男性。2003年5月頃より心窩部痛・腹部膨満感が出現し，近医を受診。著名な水腎症を認め当科紹介受診となる。CTなどの画像検査にて巨大水腎症と診断し，2004年1月23日に後腹膜鏡下右腎摘除術を施行。腎盂穿刺にて3,500 ccの腎盂内容液を吸引後開始し，腹膜との癒着が強くハンドアシスト法に移行後摘除となった。摘除標本より腎盂尿管移行部に嵌頓する直径約5 mm大の黒色結石を認めた。術後の回復は早く，経過良好である。巨大水腎症においても，腹腔鏡手術はよい適応と考えられた。

当科における夫婦間生体腎移植の経験について：奥田康登，山本智将，永野哲郎，西岡伯，秋山隆弘（近畿大堺） 近畿大学医学部堺病院泌尿器科において1999年7月から現在までの5年間で27例の腎移植を経験し，うち夫婦間生体腎移植が3例であった。3症例はそれぞれ53歳，男性，51歳，女性，47歳，男性であった。ドナーの年齢はそれぞれ50, 59, 41歳，婚姻年数は，それぞれ25, 27, 18年，家族構成は，それぞれ子供3人，子供2人，子供2人であった。1症例はクリプトコッカス髄膜炎で死亡したが，移植後腎機能はいずれも安定していた。UNOSの最新の統計によると，2,803例の夫婦間生体腎移植があり，移植後10年生着率は3,804例のone-haproとまったく差を認めなかった。夫婦間移植は，婚姻年数，出生数を考慮して適応を決めた方が望ましい。移植後の管理が発達した現在，HLA適合性にかかわらず施行しても大きな問題はない。

**術後肺転移をきたしたが長期生存している副腎皮質癌の1例：**松下千枝，田中宣道，中西道政，三宅牧人，星山文明，近藤秀明，平山曉秀，田中基幹，藤本清秀，平尾佳彦（奈良県立医大） 30歳，男性。1990年より高血圧，1994年に頭痛，ふらつきを自覚し近医受診。原発性アルドステロン症の診断で当院内科紹介受診。種々の検査にて副腎皮質癌も考慮した。1994年12月20日右副腎摘除術施行し，病理組織にて副腎皮質癌（pT3N0M0, stage IIIa）の診断を得た。術後4年後，左肺下葉，左肺門部リンパ節に転移出現し，左肺下葉切除術＋リンパ節郭清を施行した。術後10年目にも左肺上葉に転移出現し，左肺上葉切除術を施行した。病理組織はともに副腎皮質癌の転移に矛盾しなかった。現在再発認められていない。アルドステロン産生副腎皮質癌は，一般的に予後不良とされているが，注意深い経過観察と早期発見，摘除を続けることによって生存期間の延長が期待できる。

**背部痛を主訴に発見された副腎出血の1例：**松村健太郎，大町哲史，伊藤哲二（ベルランド総合），坂本亘（大阪総合医療セ） 33歳，男性。2004年4月7日，突然，左背部痛を自覚。腹部CTにて，左後腹膜腔に径6.5×9.0 cm大で内部不均一な腫瘤を認め，一部に高濃度の部分を伴っており出血が疑われた。MRI所見にて，腫瘤は副腎由来であり，造影MRIでは，腫瘤の辺縁のみ造影効果を認めた。<sup>131</sup>I MIBGシンチにて異常集積を認めなかった。以上，左副腎腫瘍はサイズも大きく，造影効果も認めるため，悪性の可能性を否定できず，経

腹的左副腎摘除術を施行。摘出標本は、7.5×6.5×5.0 cm で、重量は150 g、断面は赤褐色で、内容物は暗赤色の液体であった。病理組織所見は、静脈性副腎血管腫であった。副腎出血の原因としては、文献上、特発性が最も多く報告されており、血管腫は本邦2例目であった。

**診断に苦慮した腸腰筋血腫の1例：**新垣隆一郎、岡田能幸、北原光輝、寺田直樹、金子嘉志、大森孝平、西村一男（大阪赤十字） 76歳、女性。狭心症に対して抗凝固薬内服中。2004年2月18日、発熱、左下肢脱力を訴え当院救急外来受診。インフルエンザ性肺炎で入院となるが、腹部膨満みられたため、CTを撮影したところ、左後腹膜に約12×9 cmの巨大腫瘍を認めた。腫瘍内部は不均一で、軟部組織程度に造影された。確定診断のため、超音波ガイド下に針生検を行ったが、凝血塊のみで悪性細胞は認めなかった。症状が安定するまでCTにて経過観察したが、腫瘍の大きさに変化は見られなかった。筋原性腫瘍などの悪性腫瘍あるいはその破裂による出血を否定し得なかったため、3月24日、確定診断をかねて手術を行った。内部は古い凝血塊のみで、腸腰筋血腫と考えられた。術後、左下肢脱力は改善、4カ月後のCTでは血腫の残存はほとんど見られていない。

**転倒で発症した左腎外傷の1例：**丸山栄勲、東 治人、氏平玲美、高木志寿子、古武彌嗣、木山 賢、上田陽彦、勝岡洋治（大阪医大） 52歳、男性。2004年5月8日、転倒し左側腹部を強打し受傷した。徐々に疼痛が増強するため当科を受診した。腹部超音波検査、腹部CTにて左腎周囲に血腫を認め左腎外傷（IIIb, H3, Ux）の診断を得た。左腎動脈造影では左腎上極に向かう分枝を中心に損傷を認めた。循環動態が安定していたことからTAEを施行し保存的に治療した。TAE後3カ月後のCTで血腫は消失しており現在にいたるまで経過良好である。日本外傷学会腎損傷分類におけるⅡ・Ⅲ型の治療方法は症例、施設によって異なるが全身状態が安定している場合、TAEなど腎温存を目的とした保存的治療は有効であると考えられた。

**腎細胞癌と腎盂癌の同側性、同時性重複癌の1例：**浦 邦委、稲垣武、森 喬史、吉川和朗、藤井令央奈、鈴木淳史、上門康成、新家俊明（和歌山医大） 79歳、男性。2004年3月眩暈が出現。転移性脳腫瘍が疑われ、CTにて左腎腫瘍が発見された。開頭腫瘍摘出術が施行され、病理所見は、RCC, clear cell type であった。6月1日左腎腫瘍精査加療目的で当科に入院。画像上、左腎上極から中央に実質性腫瘍が認められ、左腎細胞癌（cT3aN0M1）と診断。6月8日根治的左腎摘除術を施行した。腫瘍は10 cm、淡黄色で腎中央～上極に存在した。また、腎盂内に2 cmの乳頭状隆起性病変が認められた。病理所見は、それぞれRCC, clear cell type, G1>G2, INFα, v+, pT2, UC, G2>G3, pT1であった。他に転移巣は認めず、術後補助療法としてIFN-αを投与中で、術後3カ月の現在再発は認められていない。

**急速な転帰をたどった浸潤性腎盂癌の1例：**竹内一郎、井戸本陽子、平岡健児、木村泰典、安田孝志、金沢元洪、納谷佳男、三神一哉、川瀬義夫、内田 睦（松下記念）、横山慶一、建部 敦（同臨床検査） 52歳、男性。主訴は呼吸困難、咳嗽、発熱。他院CTにて転移性肺腫瘍、左腎腫瘍を認め当院紹介。下顎部腫瘍、頸部リンパ節腫脹、発熱を認め、検査データ上著明な炎症反応と血膿尿を認めた。CT上多発肺転移、左腎腫瘍、傍大動脈リンパ節腫大を認めた。精査のため下顎部腫瘍生検、頸部リンパ節細胞診、腎腫瘍生検を施行し、未分化癌と診断したが原発巣は不明であった。その後急速に状態悪化した、約1カ月で死亡。病理解剖では、左腎は肉眼的に腎盂粘膜の著明な肥厚と腎実質への浸潤傾向を示し、組織学的に腎盂粘膜表面は腎実質への浸潤傾向を示す癌化した上皮に覆われ、左腎盂未分化癌、両肺・心・右腎・左副腎・皮膚 リンパ節転移と診断した。

**BCG療法により汎汎に腎に乾酪壊死をきたした上部尿路上皮内癌の1例：**細野智子、北本興一郎、玉田 聡、川嶋秀紀、杉村一誠、仲谷達也（大阪市大） 49歳、男性。2003年6月、肉眼的血尿を自覚し当科受診。尿細胞診陽性、DIP, CTにて異常所見を認めないため、両側尿管カテーテル尿を採取。その際右尿管口より血尿を認め、右のみ尿細胞診陽性であった。右上部尿路上皮内癌の診断で、尿管カテーテルを留置後、isoniazidの内服下にBCG膀胱内注入療法を施行。注入当日のみ微熱と軽度の膀胱刺激症状を認めた。その後も血尿と尿細胞診陽性が持続するため、2004年1月後腹膜鏡補助下右腎尿管全摘除術施行。摘出標本は、腎盂に出血部位を認め、また腎実質に乳白色小

指頭大の結節を多数認めた。病理結果はTCC, G3, pT3と結核結節であった。術後、尿・喀痰の結核PCRは陰性であり、抗結核療法の追加は行わず、術後7カ月の間再発を認めていない。

**TCG療法が奏功した膀胱癌リンパ節転移の1例：**線崎博哉、倉本朋未、岩井 哲、射場昭典、柑本康夫、萩野恵三、上門康成、新家俊明（和歌山医大） 42歳、男性。2001年6月他院で膀胱癌に対し膀胱全摘、回腸導管造設術を施行。その後当院でM-VAC療法を3クール施行、以降転移を認めず外来経過観察中であった。2003年10月頃より左頸部・鼠径リンパ節腫大が出現し、入院精査となった。左頸部・鼠径リンパ節生検ではTCCを認め、膀胱癌リンパ節転移と診断した。リンパ節転移に対し化学療法としてTCG（paclitaxel, cisplatin, gemcitabine）療法を開始した。1クール施行でリンパ節転移縮小が始まり、計4クールを施行。CT上両リンパ節腫大は消失、画像上CRと診断した。TCG療法ではgrade2の貧血、grade4の好中球減少を認めたが、その他重篤な有害事象は認めなかった。今後、TCG療法は再発尿路上皮癌に対して有効なレジメンと考えられた。

**再燃前立腺癌に対する2次内分泌療法（抗アンドロゲン剤交替）が著効した1例：**山下資樹、小木曾聡、相馬隆人、中村健一、奥野 博（国立京都医療セ） 75歳、男性。2000年5月排尿困難を主訴に近医受診。PSA 250 ng/mlと高値を指摘。前立腺針生検で前立腺癌GS 3+4を認め当院での加療の希望があり紹介受診となる。臨床病期stage G1, T3b N0M0と診断。当院にてLH-RH、ビカルタミドによるMAB療法を開始。28カ月後再燃を認めAWS確認後フルタミドに変更しPSA 0.007 ng/mlまで低下した。2次内分泌療法開始後12カ月経過した現在もPSA上昇を認めておらず良好な経過となっている。

**尿閉を契機に発見された前立腺原発悪性リンパ腫の1例：**青木 大、上田康生、鈴木 透、梶尾圭介、山本裕信、古倉浩次（宝塚市立） 78歳、男性。2002年12月から排尿困難のため近医で投薬治療中、2003年12月20日から同症状が増強し、21日には尿閉となった。また、左下肢のしびれも認めた。入院後、精査を行ったが、PSAや直腸診、超音波検査上、前立腺肥大症と診断しTUR-Pを施行した。病理診断は悪性リンパ腫であった。CT検査やGaシンチグラフィーを施行したが、他に局在は認められなかったため、前立腺原発悪性リンパ腫と診断した。また、髄液検査でリンパ腫細胞を認め、リツキサン+THP-COP療法およびMTX+ソルコーテフの髄注を3クール施行された。結果、腫瘍マーカーのIL-2Rは著減し、症状も改善傾向を示している。前立腺原発悪性リンパ腫は稀で、本邦では36例目であった。

**症例から見た前立腺肥大症に対する治療の1考案：**三宅牧人、平山曉秀、平尾佳彦（奈良医大） 72歳、男性。排尿困難、夜間頻尿、尿意切迫を主訴に初診。明らかな神経学的異常はなく、IPSS26, QOL6, PFSにて過活動膀胱、膀胱冷水注入テスト（IWT）陽性、尿道閉塞度高値、排尿日誌（FVC）にて夜間排尿回数4、夜間多尿因子（NPI）41%。TUR-P施行し、術後評価を行った。術後3カ月、排尿困難は改善するも、IWT陽性、尿意切迫感に残存していたため、抗コリン剤、NSAIDを順に投与した。術後6カ月NPI42%、睡眠中AVP分泌を評価すると考えられる起床時尿中AVPは術前後で変化なく、夜間頻尿の原因に夜間多尿が潜んでいると判断し、利尿剤投与により、夜間頻尿は改善、十分な満足度を得た。BPHの症状は、下部尿路閉塞による症状のみではない事を念頭におき、適切な治療を選択する必要があると考える。

**精囊 Epithelial Stromal tumor の1例：**星 昭夫、中村英二郎、東新、清川岳彦、伊藤哲之、山本新吾、賀本敏行、小川 修（京都大） 70歳、男性。2003年9月全身倦怠感を主訴に他院受診。腹部超音波、CTにて右精囊に4 cmの腫瘍を認めた。TRUS下針生検施行されたが細胞成分が得られず、診断には至らなかった。12月当院初診、身体所見異常なく、初診時PSA 3.0 ng/mlであった。当院にて2回目のTRUS下針生検を行ったところ低悪性度精囊軟部組織腫瘍と診断された。2004年4月膀胱前立腺全摘除術を施行、病理診断は精囊 Epithelial Stromal tumor, low grade malignancyであった。現在術後5カ月にて転移、再発なく生存中である。精囊 Epithelial Stromal tumorは文献上12例目であった。

**精巣上体より発生した Smooth muscle hyperplasia の1例：**井口太

郎, 上川禎則, 浅井利大, 石井啓一, 金 卓, 坂本 亘, 杉本俊門 (大阪市立総合医療セ) 35歳, 男性. 圧痛を伴う陰嚢内腫瘍を主訴に当科受診. 両側精巣上体に大豆大の腫瘍を触知. 保存的治療で軽快せず, 疼痛が急激に増強したため, 両側精巣上体摘除術施行. 病理診断は smooth muscle hyperplasia (SMH) であった. 術後, 陰嚢内の疼痛は消失したが, 患者が性同一性障害で女性ホルモン剤を内服していることが判明. SMH は片側・無痛性が多く, 高齢者に好発する. また, leiomyoma との鑑別が困難なために誤診されていたケースが多い. 本症例の疼痛の原因は腫瘍内圧の上昇, 疼痛性障害, 詐病の可能性が考えられる. 本症例では女性ホルモン剤を内服中に両側に若年発症したことから, SMH と性ホルモンとの関連が示唆された.

当科におけるクリニカルパスの有効性と逸脱症例の検討: 嘉元章人, 植田和博, 中村吉宏, 細見昌弘, 清原久和 (市立豊中) 当科では2000年にTUR-Btのパスを導入して以来, 現在17項目においてパスを実施している. 今回, 2003年度にパスを導入してTUR-Btを施行した95症例を対象とし, これらの患者の年齢, 平均在院日数, 尿道カテーテル留置期間, 合併症率および概算医療費と1日あたりの単価を明らかにし, パス導入前の1999年度79症例と比較した. 結果は, 平均在院日数が15.1日から9.7日へ減少し, 概算医療費が低下し1日あたりの単価が上昇した. また, 術後合併症にて退院延期を余儀なくされたネガティブ・バリエーションは4例のみであった. 以上より, TUR-Btに対するわれわれのクリニカルパスは, おおむね良好であり有益なものであったと考えられる.

大阪大学大学院医学系研究科泌尿器科学講座における5年間の手術統計: 吉村一宏, 時実孝至, 市丸直嗣, 花房 徹, 山中幹基, 宮川 康, 東田 章, 辻畑正雄, 三浦秀信, 西村和郎, 西村憲二, 辻村 晃, 高羽夏樹, 内田欽也, 安永 豊, 北村雅哉, 三宅 修, 野々村祝夫, 松宮清美, 小角幸人, 高原史郎, 奥山明彦 (大阪大) 1999年から2003年までの5年間に於ける年間手術件数は1999年から順に490, 423, 477, 500, 533件, 計2,423件であった. 臓器別では, 腎707例, 尿管236例, 膀胱694例, 前立腺319例, 尿道46例, 陰嚢・陰莖244例, 副腎・後腹膜65例, 上皮小体7例, 内シヤント造設など腎不全に対する手術54例, その他51例であった. 開腹手術は1,010例で, 腹腔鏡手術やTURなどの鏡視下手術が1,058例, ESWL 198例, その他157例であった. ESWLを除く術式別でみると, TUR-Btが484例と最も多く, 次いで腎摘除術(197例), 根治的前立腺摘除術(128例)の順であった.

腎静脈腫瘍塞栓を来した腎盂扁平上皮癌の1例: 小堀 豪, 山田 仁, 東 義人 (武田総合) 59歳, 女性. 2002年6月より肉眼的血尿あり. 2003年7月より左腰部痛出現し当科受診. エコーにて左腎下極に径7cmの内部不均一な腫瘍を認めた. CTにて腫瘍は境界不明瞭であり, 腎実質と置き換わるように発育していた. 腎静脈内に腫瘍塞栓を認め, 腎盂内にも腫瘍が疑われた. 腎盂癌の診断の元, 左腎尿管全摘除術, 傍大動脈リンパ節郭清術施行. 摘出標本で腫瘍は白色調, 充実性, 境界不明瞭, 内部に出血を認めた. 病理は腎盂扁平上皮癌, pT4, 腎静脈腫瘍塞栓(+), 腎門部リンパ節転移(+)であった. 術後化学療法施行したが, リンパ節転移, 多発骨転移, 多発肺転移をきたし術後7カ月で死亡した. 腎盂腫瘍の腎静脈, 下大静脈腫瘍塞栓の報告は本症例が29例目であり, 扁平上皮癌は5例目であった.

血清G-CSF高値を示した腎盂原発扁平上皮癌の1例: 藤井秀岳, 中西弘之, 大石正勝, 前田陽一郎, 野本剛史, 沖原宏治, 河内明宏, 三木恒治 (京府医大) 67歳, 男性. 左腎盂腫瘍疑いにて他院より紹介. 明らかな感染徴候はなかったが, 血液検査にて好中球有意の白血球増加を認め, SCC 7.3 ng/ml (1.5以下) G-CSF 125 pg/ml (30以下) であった. 左腎盂扁平上皮癌 T4N0M0 と診断. 術前化学療法として M-VAC 療法2クール, TN 療法2クール施行. 術前化学療法4クール施行後, SCC 抗原は正常化, G-CSF=41 まで低下した. また, 縮小率53%でPRと判定した. 2004年5月26日左腎尿管全摘除術施行. 摘出標本の大部分は壊死に陥っており, 腎盂扁平上皮癌 pT4, 組織学的治療判定基準の分類ではE12であった. G-CSF 産生腎盂扁平上皮癌は文献上, 1例報告されるのみであった.

気腫性腎盂腎炎の1例: 丸山 聡, 岡 康彦 (加古川市民), 岡村明治 (同病理) 63歳, 女性. 糖尿病コントロール不良による高浸透圧性非ケトン性昏迷・敗血症 (原因菌: *E. coli*)・急性腎不全のため, 内科

で保存的治療を施行していた. 発症10日目のCTで気腫性腎盂腎炎と診断し, 発症13日目に右腎摘出術を施行し, 救命であった. 摘除標本は, 重量557g. 病理診断は, 急性腎盂腎炎・腎膿瘍であった. 気腫性腎盂腎炎は, 糖尿病患者に多く, 保存的治療単独では難治性で, 外科処置 (腎摘など) の追加で救命効果が上がる. 糖尿病性腎症による腎機能低下例が多く, 腎機能保全を考えると腎摘がためらわれるが, 保存的治療抵抗性の場合, 早期の外科処置を追加することが重要と考えられた. 文献的には保存的治療3日で外科処置の必要性を決めるべきとしている.

右尿管上皮内癌に対する腎盂内BCG注入療法によると考えられた肉芽腫性肝炎の1例: 田原秀一, 三神一哉, 大西 彰, 木村泰典, 中村晃和, 邵 仁哲, 米田公彦, 水谷陽一, 三木恒治 (京府医大) 60歳, 男性. 主訴は右腰背部痛. 右尿管狭窄あり, 尿管鏡下生検にて atypical cell, 分腎尿細胞診にて class IV~V を繰り返す. 右尿管上皮内癌と診断. 腎盂内BCG注入療法を施行した. 3回目の注入療法後, 肝機能障害を認めた. 腹腔鏡下肝生検にて肉芽腫性肝炎と診断した. 6カ月間の抗結核療法により改善した. 右尿管上皮内癌も画像上改善. 分腎尿細胞診も陰性を維持している. 国内では腎盂内BCG注入療法に起因した肉芽腫性肝炎の報告はなく, 膀胱内BCG注入療法における3例のみの報告と, 稀な合併症と考えられた. リスクとして, カテーテル操作などによる尿管の損傷などが関与している可能性が考えられた.

SLEに合併した尿管アミロイドーシスの1例: 天野利彦, 下垣博義, 川端 岳, 島谷 昇 (関西労災), 野瀬隆一郎 (国立神戸) 症例は55歳, 男性. 1980年からSLEの診断に対し加療されていた. 2004年3月, 腹部CTにて左水腎症を認め, 当科紹介され, 各種画像診断にて左下部尿管の閉塞を認めた. 尿細胞診は class I で, 尿管鏡下生検にて悪性所見は得られなかったが, 悪性を完全には否定できないこと, また左腎は無機能と判断し, 後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術を施行した. 肉眼所見では左下部尿管の閉塞を認めたが, 内腔に隆起性病変や, 壁外性病変は認めなかった. 病理組織学的検査で, HE 染色, Congo-red 染色にて尿管アミロイドーシスの診断を得た. さらに過マンガン酸カリウム処理にて退色を認め, SLEに続発した反応性AAアミロイドーシスと診断された. 自己免疫疾患や結核などの慢性炎症性疾患の際には, アミロイドーシスの合併を念頭に置いておくべきと考えられた.

化学療法と放射線療法で完全寛解した後5年目に再発し膀胱全摘を行った浸潤性膀胱癌の1例: 伊藤伸一郎, 横溝 智, 今津哲央, 菅尾英木 (箕面市立) 72歳, 男性. 既往歴として1990年~1991年に表在性膀胱癌 (TCC, G2, pT1) にてTUR-Btを3回施行. BCG注入後, 再発を認めず1996年を最後に受診していなかった. 1999年5月, 血尿を主訴に受診. 右尿管口付近に膀胱癌を認め, TCC>SCC, G3, T3N0M0と診断し, CDDPとEPIによる動注化学療法を2コースおよびCDDP併用放射線療法でCRとなり膀胱を温存し得た. しかし2004年1月, 左側壁に膀胱癌の再発を認め, TUR-Bt後TCC, G2>G3, T3N0M0と診断し, CDDPとEPIによる動注化学療法を2コース施行したが, CRには至らず膀胱全摘術を施行. 病理組織はTCC, G3, pT3bであった. 術後5カ月現在, 再発・転移は認めず生存中である.

膀胱平滑筋腫の1例: 沖波 武, 田上英毅, 石戸谷哲, 前田純宏, 奥村和弘 (天理よろづ), 林 道治 (同婦人科) 55歳, 女性. 子宮筋腫の経過観察中にMRIにて膀胱腫瘍を指摘されたため, 2004年3月当科受診. MRIで膀胱前壁にT1強調像で中等度信号, T2強調像で低信号を呈する境界不明瞭で内部均一な40×25×30mmの粘膜下腫瘍を認めた. 膀胱鏡にて表面を正常粘膜で覆われた隆起性病変を認めた. 膀胱平滑筋腫の疑いにて2004年4月, TUR-Btを施行. 腫瘍切除面は白色で血流に乏しく出血は少量であった. 正常筋層を露出するまで可及的に切除し, 肉眼的には腫瘍の残存を認めなかった. 病理診断は平滑筋腫であった. 術後3カ月後の膀胱鏡検査では腫瘍の再発を認めなかった. 文献上, 膀胱平滑筋腫の多くは開腹術を施行されているが, 本症例のように粘膜下型で腫瘍径の小さなものに対しては, TUR-Btは低侵襲かつ十分な治療法であると考えられた.

BCG膀胱内注入療法による間質性肺炎の1例: 安藤 慎, 李 勝, 山下真寿男 (明石市民), 河野彦彦 (同内科), 杉山武毅 (県立尼崎)

78歳，男性．2003年12月表在性膀胱癌に対しTUR-Bt 施行．病理組織結果はUC，G2，pTa，多部位生検でUC，G2>G3，pTisであったためBCG 膀胱内注入療法 80 mg×8 回施行．2004年3月咳，発熱出現し胸部X線およびCT でスリガラス状陰影認め，BCG 膀胱内注入療法による間質性肺炎と診断し当科入院．ステロイド療法施行にて軽快，漸減し6カ月を経過した現在再燃兆候なく経過観察中である．BCG 膀胱内注入療法に伴う間質性肺炎は稀で自験例が8例目となるが，全例でステロイド療法が施行され，回復していた．BCG 性肺炎との鑑別が問題になることもあり，BCG 膀胱内注入療法に伴う合併症として念頭に置くべきものと思われた．

**BCG 膀胱内注入療法後に発症した多発性関節炎の1例：**山本広明，青木勝也，清水一宏，辻本賢洋，三馬省二（県立奈良），佐本憲宏，竹本喜典（同整形外科） 72歳，男性．表在性膀胱癌のTUR-Bt 施行後，残存腫瘍に対して，BCG 80 mg を週1回で合計8回の膀胱内注入療法を施行した．その後，尿道炎症状とともに，左下肢腫脹と疼痛を伴う関節炎が発症した．関節炎症状は，左膝や左肩など多発性であった．静脈血栓や感染は認められず，HLA-B39 陽性であった．Reiter 症候群と診断され，ステロイド投与によって関節炎症状は寛解した．15カ月を経過した現在，膀胱癌の再発および関節炎の再燃は認められていない．

**肉眼的血尿を主訴とした Neo-bladder の非特異的炎症の3例：**田口 功，寺川智章，今西 治，山中 望（神鋼） 新膀胱自体の細菌感染は理論上考える病態であるが，臨床上問題になることはきわめて少ない．われわれは1986年から現在に至る18年間に，新膀胱による尿路変向を150例余り施行してきた．その内で，無症候性肉眼的血尿を主訴とした新膀胱の非特異的炎症を3例に経験した．全例男性で，回腸利用新膀胱が2例，結腸利用新膀胱が1例であった．全例で残尿を認めず排尿状態は良好であったが，1例はステロイド剤内服中，1例は糖尿病のコントロールが不良であった．膀胱鏡では出血を伴う発赤した粘膜を認め，粘膜生検にて病理組織学的に非特異的炎症と診断された．再発性の症例も含め，全例で抗菌剤の投与にて速やかに軽快した．症例により程度に差はあるが膿尿を認めていることや，抗菌剤に反応していることから，細菌感染による非特異的炎症が血尿の原因であると考えられた．

**膀胱ヘルニアの1例：**小野隆征，細川幸成，岸野辰樹，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），玉置英俊，中辻直之（同外科） 69歳，男性．2002年末頃より尿意ごとの無痛性右鼠径部腫瘍を認めるようになり，2003年1月27日当科を受診した．膀胱充満時には右鼠径部に手拳大，弾性軟，無痛性の腫脹を認めたが，排尿後には消失した．尿流測定では二段排尿を認めた．VCG，MRI にて右鼠径部への膀胱の脱出を認めたため膀胱ヘルニアと診断した．また，VCG ではヘルニア部の膀胱壁の収縮も認められた．2003年4月23日，ヘルニア根治術（メッシュ・プラグ法）を施行した．膀胱が腹膜に包まれた腹膜内型の膀胱ヘルニアであった．膀胱は切除せず還納した．術後，鼠径部腫瘍および二段排尿は消失し，排尿状態は良好になった．術後14カ月を経過し，再発は認められていない．排尿障害に鼠径ヘルニアを合併する症例では膀胱ヘルニアも念頭におく必要があると考えられる．

**破損した膀胱留置カテーテルのカフ片を核とした膀胱結石の1例：**佐藤元孝，長谷部圭司，辻本祐一，高田 剛，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 78歳，女性．2004年5月30日，整形外科にて腰椎複雑骨折の入院加療中，膀胱留置カテーテル抜去の際にカフの水が引けず，60 ml の蒸留水をカフに注入し破裂させて抜去した．同年6月末より頻尿，排尿困難が出現し，同年6月27日当科受診となった．まず，膀胱炎を考慮し，抗生物質を投与したが軽快せず，精査したところ膀胱内に30×20 mm の結石陰影を認めた．膀胱結石の診断下に同年8月26日，経尿道的碎石術を施行した．結石は容易に碎石され，その内部に1×2 cm の膀胱留置カテーテルのカフ片が存在した．結石分析結果はリン酸マグネシウムアンモニウムと尿酸アンモニウムの混合石であった．術後膀胱刺激症状は消失し，再発なく現在外来通院中である．

**過活動膀胱に対する漢方薬・消炎酵素剤の効果：**坂口 強（坂口泌尿器科クリニック） 1982年から過活動膀胱（当時は潜在性神経因性膀胱）の原因は炎症であるとの考えのもとに，調べた男性16人・女性274人計290人に対し消炎酵素剤・漢方薬・抗コリン剤で治療した．

経過不明22人・無効1人を除いた267人中塩化リゾチーム・清心蓮子飲などで229人85.8%，前者と抗コリン剤で29人10.9%，抗コリン剤のみで3人1.1%が治癒した．6人2.2%は針治療のみで治癒した．治療までの日数は7日から392日平均73.1日であった．治療成績から過活動膀胱の主原因は慢性膀胱炎との結果を得た．治療により，切迫性尿失禁・尿意切迫感・残尿感・頻尿の順に治癒した．過活動膀胱の必要条件は頻尿であった．抗コリン剤は，神経障害は勿論，何かを治癒させる薬剤ではない．過活動膀胱に対する抗コリン剤を主とする国際禁制学会の治療理論は疑問であり，もっと炎症の側面を考慮すべきと思われた．

**女性尿道憩室原発 Clear cell adenocarcinoma の1例：**山崎健史，長沼俊秀，内田潤次，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 60歳，女性．2003年12月血尿，排尿困難認め当院産婦人科受診．MRI で尿道周囲に腫瘍を認め当科紹介受診．膀胱鏡にて膀胱頸部から尿道にかけて腫瘍認め生検施行．結果はclear cell adenocarcinoma であった．2004年2月精査加療目的で入院．MRI，MCG など種々の画像診断より尿道憩室原発のclear cell adenocarcinoma と診断した．2004年3月全身麻酔下に前方骨盤臓器全摘術，回腸導管造設術施行した．病理診断はclear cell adenocarcinoma であった．術後6カ月を経過した現在，再発，転移は認めていない．尿道憩室発生の悪性腫瘍は非常に稀であり，そのなかでもclear cell adenocarcinoma はわれわれが調べた限り国内外も含め自験例が16例目である．

**尿道悪性リンパ腫の1例：**楠田雄司，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字），多田 寛（同血液内科），大場健史（神戸大） 68歳，女性．2003年9月，尿閉を主訴に受診．触診にて膣前壁に腫瘍を触知した．MRI にて尿道を取り囲む腫瘍を認め，経膣的針生検にてMalignant lymphoma，non Hodgkin lymphoma，diffuse large B cell lymphoma と診断した．Ga シンチでは尿道周囲以外に異常集積を認めず，他の画像診断をあわせて尿道原発悪性リンパ腫と診断した．R-CHOP 療法（CPA，THP-ADM，VCR，PSL，Rituxan）を開始した．2クール終了後に腫瘍は著明に縮小したが，6クール終了後に再度増大を認めた．PET では尿道周囲以外に病変を認めず，Radiation，動注化学療法（Bleo，epi-ADM）にてmass reduction を計った後に手術を予定している．

**尿道直腸皮膚瘻をきたしたクローン病の2例：**福原慎一郎，横山昌平，高原宏一，森 直樹，原 恒男，山口誓司（市立池田） 症例1は31歳，男性．主訴は排尿時痛．26歳時よりクローン病指摘され，他院および当院内科にて保存的に経過観察されていた．2003年3月排尿時痛出現し，当科受診．尿道造影にて膜様部尿道と直腸との間に瘻孔の存在を認めた．抗生剤投与・完全静脈栄養にて膿尿，排尿時痛ともに消失し，現在経過観察中である．症例2は56歳，男性．1982年より当院内科にてクローン病に対し通院経過観察されていた．1990年気尿を機に前立腺部尿道に尿道直腸皮膚瘻指摘され，S状結腸ストーマ造設術施行．2002年会陰部痛の訴えあり，KUB にて膀胱結石指摘され，加療目的にて当科入院となった．尿道造影では球部尿道と直腸との間に1990年とは異なる部位に瘻孔を認めた．経尿道的膀胱結石碎石術を施行し，会陰部痛は消失し，現在外来経過観察中である．

**二次性上皮小体機能亢進症に合併した異所性甲状腺の2例：**北本興市郎，武本佳昭，呉 偉俊，土田健司，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 症例1：41歳，女性．1992年10月透視導入．2002年にintact-PTH が400台，エコーにて1 cm 以上の上皮小体を認めたため手術目的にて入院．症例2：55歳，男性．1994年透視導入．2004年にintact-PTH が981 pg/ml，エコーにて腫大した上皮小体を認めたため手術目的にて入院．症例1は2003年7月に，症例2は2004年5月に全麻下，上皮小体全摘出術および自家移植術を施行．症例1では，甲状腺背面に3カ所，胸骨柄頸切痕に1カ所，症例2では，甲状腺背面に4カ所，胸骨柄頸切痕に1カ所腫瘍を認めた．いずれの症例も胸骨柄頸切痕部の腫瘍のみ，Thyroid gland，それ以外はHyperplasia of parathyroid glandであった．術後，上皮小体の取り残しを疑わせる所見はない．異所性甲状腺は稀な疾患で文献上本邦において47例目であった．

**尿管腫瘍との鑑別に難渋した，進行性前立腺癌の1例：**吉川武志，柴崎 昇，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） 70歳，男性．1995年初診時PSA19.8の前立腺癌に対し，RRP 施行．pT3a，N（+），



Gleason Score=3+4であった。Adjuvant 療法は施行しなかった。2001年 PSA failure と判断して内分泌療法開始し、2002年より MAB 療法開始するも2003年骨転移出現し、ホルモン抵抗性と判断した。リン酸エストラムステン開始すると PSA は低下し、0.2程度で維持できていた。2004年右水腎症出現。画像上、原発性尿管腫瘍と進行性前立腺癌との鑑別が困難であり、PSA 低値であること、尿管腫瘍の場合予後規定因子になりうることから開腹術を施行した。術中迅速診断は adenocarcinoma であり、前立腺癌の転移と診断した。免疫染色では PSA 陽性、神経内分泌系は陰性であった。

酢酸リユープロレリン 3 カ月製剤注射部位に皮下炎症性肉芽腫をきたし、外科的切除を必要とした 1 例：寒野 徹、種田倫之、七里泰正、金丸洋史（北野）、高尾典恭（大津市民） 76歳、男性。他院で前立腺癌病期 B2 に対し酢酸リユープロレリン 3 カ月製剤 3 回皮下注。投与部すべてに感染性硬結を生じ当科受診。前立腺全摘術と同時に硬結部切除を施行した。前立腺の病理は Gleason 4+3、病理病期 T3a NOMO で、また硬結部位の病理所見は炎症性肉芽腫であった。現在ホルモン療法は施行していないが PSA は低値であり、経過観察中である。酢酸リユープロレリンによる投与部位皮下肉芽腫について発生頻度、発生機序など若干の考察を加えた。

前立腺 STUMP の 1 例：角田洋一、小林義幸、田中雅登、矢沢浩治、原田泰規、伊藤喜一郎（大阪府立総合医療セ）、中道伊津子、伏見博彰（同病理） 57歳、男性。頻尿を主訴に近医受診。直腸診にて前立腺腫瘍を指摘され当科紹介。経直腸エコーおよび腹部 MRI 上、前立腺内腺背側に精嚢へ突出する内部不均一な腫瘍を認めた。経直腸エコーガイド下に前立腺針生検を施行したところ STUMP (stromal tumor of uncertain malignant potential) と診断された。腫瘍は前立腺に限局しており、前立腺全摘術を施行した。術後 7 カ月経過するが再発、転移は認めていない。STUMP とは前立腺間葉系腫瘍のひとつとして分類され、前立腺および周囲組織に浸潤を認め、稀に stromal sarcoma へと進行することが報告されている。

高位精巣摘除術後 7 年目に再発をきたしたセミノーマの 1 例：山口唯一郎、小野 豊、垣本健一、目黒則男、前田 修、木内利明、宇佐美道之（大阪府立成人病セ） 45歳、男性。主訴は傍大動脈リンパ節腫脹。1997年11月、他院にて左陰嚢内腫瘍を指摘され当科受診。12月、左精巣腫瘍の診断で左高位精巣摘除術施行。病理結果は pure seminoma。CT にて肺、後腹膜リンパ節に転移は認められず、腫瘍マーカーも正常範囲内であった。その後、他院にて経過観察を行っていたが、2004年 3 月、腫瘍マーカーの上昇、多臓器への転移は認めないものの、CT にて傍大動脈リンパ節腫脹を指摘され、当科紹介。2004年 4 月放射線治療、化学療法を薦めるも患者の希望にて後腹膜リンパ節郭清術施行。病理所見は pure seminoma。現在再発を認めることなく外来にて経過観察中である。ステージ I セミノーマの晩期再発について文献的考察を加えて報告した。

性腺外胚細胞腫瘍治療後 6 年目に発症した精巣腫瘍の 1 例：花田英紀、坂野祐司、金 哲将、吉貴達寛、岡田裕作（滋賀医大） 50歳、男性。1996年 2 月性腺外胚細胞腫瘍に対し BEP 療法施行後、後腹膜腫瘍摘除術・リンパ節郭清術を施行。摘出組織標本では壊死組織が見られ viable cell は認められなかった。両側精巣には触診、エコー診断にて異常所見を認めなかった。その後再発・転移を認めず経過観察されてきたが、術後 6 年目の2002年10月、右陰嚢内容の腫大を主訴に受診。触診上右精巣は腫大し表面不整で硬結を伴っていた。腫瘍マーカーに異常値は認めなかった。2002年10月18日右高位精巣摘除術を施行。病理組織診断は seminoma であった。全身検索にて他部位に転移を認めず、術後追加治療は行わず、厳重経過観察とした。性腺外胚細胞腫瘍に対してシスプラチンを用いた全身化学療法施行後に生じた精巣腫瘍について文献的考察を行い検討した。

初診時より脳転移を認めた Seminoma の 1 例：仲島義治、山崎俊成、白波瀬敏明、橋村孝幸（姫路医療セ） 50歳、男性。2003年 4 月頃より右陰嚢の無痛性腫大自覚するも放置していた。2004年 2 月頃より頭痛、視力低下、発熱出現し、4 月 9 日当科紹介受診。右精巣腫瘍の診断で同日、右高位精巣摘除術施行。病理診断は seminoma であった。画像上肺転移および肝転移は認めなかったが、多発リンパ節転移、脳転移を認めたため、BEP 療法開始。化学療法と平行して脳転移に対し

てガンマナイフ施行。照射直後より頭痛、視力障害は著明に改善し、画像上脳転移の消失を認めた。化学療法 4 コース終了後、頭部リンパ節転移の縮小を認めなかったため、現在化学療法継続中である。リンパ行性転移を示す seminoma が初診時に肺転移を認めず脳転移を来すことは稀である。脳転移に対する治療として治療効果が高く、かつ副作用の軽度なガンマナイフは有用な治療法と考えられた。

停留精巣術後25年目に発生した精巣腫瘍の 1 例：南方良仁、山内敏樹（公立那賀）、岩倉伸次（同外科） 36歳、男性。11歳時、左停留精巣に対し精巣固定術の既往あり。2004年 4 月30日、有痛性左鼠径部腫瘍を主訴に当院救急受診。大腿ヘルニア嵌頓疑われ外科入院後、左陰嚢内容の腫大も認めたため当科紹介。腫瘍マーカーは AFP 正常、 $\beta$ -HCG と LDH は軽度高値を示した。同日、左精巣腫瘍の診断で左高位精巣摘除術を施行。病理診断は seminoma、左鼠径部腫瘍は同リンパ節転移 (3×4×5 cm) であった。術後、腫瘍マーカーは正常化し、画像上も後腹膜リンパ節および他臓器への転移を疑わせる所見は認めなかった。術後、患者と話し合いの上、BEP 療法を 2 コース施行した。以後、外来にて経過観察中である。停留精巣に精巣腫瘍の発生率が高いことは、よく知られているが、精巣固定術後に発生した精巣腫瘍の報告例は、比較的少ない。本邦では自験例を含め 41 例であった。

前立腺部尿道への転移を認めた精巣腫瘍の 1 例：柴崎 昇、吉川武志、寒野 徹、辻 裕、瀧 洋二、竹内秀雄（公立豊岡）、坂保直樹（同病理） 22歳、男性。血尿・尿閉を主訴として当科受診。右精巣は手拳大に腫大していた。マーカーは LDH 1,044 ng/ml, AFP 257 ng/ml, HCG 42,159.3 ng/ml, HCG- $\beta$  200 ng/ml と高値を示した。翌日、右高位精巣摘除術および膀胱鏡施行。Choriocarcinoma およびその前立腺部尿道への転移と診断し、化学療法および手術療法を施行した。完全寛解に至り、術後12カ月、再発を認めていない。尿路上皮に原発性の絨毛癌が発生することは稀に見られるが、本症例のように、尿路への転移というのは過去に報告がなく、きわめて稀なものであると思われる。本症例の転移経路としては、血行性、リンパ行性のほか、精管經由あるいは胎生期の生殖細胞の遺残が関与している可能性も示唆されるが、明確ではない。

精巣の硬化性脂肪肉芽腫の 1 例：姜 全鎬、田中浩之、松本 修（三木市民）、鹿股直樹（神戸大病理） 81歳、男性。内科入院中に左陰嚢内容の腫大を指摘され2004年 4 月に当科紹介受診。既往歴として2003年 6 月に左鼠径ヘルニア根治術を施行されていた。身体所見上、左精巣は鶏卵大、弾性硬の腫瘍として触知。LDH, AFP,  $\beta$ -HCG などの腫瘍マーカーの上昇は認めず。陰嚢部の CT 上左精巣の石灰化を伴う腫瘍を認めた。左精巣腫瘍の疑いが強いと判断して、2004年 4 月15日に左高位精巣摘出術を施行。悪性所見は認めず組織学的に精巣の硬化性脂肪肉芽腫と診断された。陰嚢内硬化性脂肪肉芽腫自体比較的稀な疾患だが、中でも精巣由来のものは稀であり、われわれの調べた限りでは海外に報告を 1 例認めるのみで、本邦での報告は本症例が初である。本症例においては他に原因と考えられるものがないことから、1 年前の鼠径ヘルニア根治術の何らかの影響が推測された。

Klinefelter 症候群に発生した類表皮嚢胞の 1 例：吉田栄宏、高尾徹也、辻村 晃、奥山明彦（大阪大）、辻本裕一、富田裕彦、青笹克之（同病理） 38歳、男性。不妊を主訴に近医受診し、無精子症と診断された。染色体検査で 47XXY、非モザイク型 Klinefelter 症候群と診断された。育児希望があり、当科紹介受診となった。入院時現症は、右精巣が弾性硬、表面平滑で、約 30 ml と腫大し、左精巣は約 3 ml と萎縮していた。入院時検査ではテストステロンが 0.25 ng/ml, LH が 15.7 mIU/ml, FSH が 45.9 mIU/ml であった。腫瘍マーカーは異常を認めなかった。右精巣腫瘍の診断のもと、右高位精巣摘除術を施行。摘出重量 30 g, 4×3.5×2 cm 大の充実性腫瘍であった。病理組織診断は精巣類表皮嚢胞であった。Klinefelter 症候群に発生した精巣類表皮嚢胞は非常に稀であり、自験例は内外文献上 6 例目、本邦では 4 例目であった。

小児 Mature teratoma の 1 例：畑中祐二、岩崎 明、梶川次郎、岸本知己（市立堺）、棟方 哲（同病理） 12歳の男児。主訴は右陰嚢内容の腫脹。家族が右陰嚢内の左右差に気づいた。右陰嚢内に無痛性で表面不整な石様硬に腫脹した腫瘍を触知。AFP,  $\beta$ -HCG は正常。超音波検査では精巣内は不均一で、周辺が高エコー、中心部が低エコー

であった。MRI 検査では腫瘍はT2 強調像で低から高信号を示した。右精巣腫瘍の診断で高位精巣摘除術を施行。腫瘍の断面は石灰化を伴っていた。病理組織は精巣の一部に粘液を産生する高円柱状細胞の増生や、他に扁平な上皮で覆われたのう胞と角化物の貯留を認め、以上より Mature teratoma と診断。小児の teratoma は Mature type が多く、予後は良好だが、Immature type や年齢の高い小児では悪性化することがあり、本症例は年齢が若干高いため、半年に一度フォローする。

向精神病薬が原因と考えられた陰茎持続勃起症の2例：山口耕平，三浦徹也，彦坂玲子，中野雄造，大場健史，山中和樹，竹田 雅，田中一志，山田裕二，原 勲，荒川創一，守殿貞夫（神戸大） 症例1. 31歳，男性。統合失調症で内服加療中。発症より10数時間経過した陰茎持続勃起症 (ischemic type) と診断し，陰茎海绵体の瀉血洗浄，さらに  $\alpha 1$  刺激薬注入し，軽快認めた。治療後も勃起能は保たれている。症例2. 33歳，男性。統合失調症で内服加療中。発症より48時間以上経過した陰茎持続勃起症 (ischemic type) と診断し，陰茎海绵体の瀉血洗浄， $\alpha 1$  刺激薬注入するも効果なく，亀頭陰茎海绵体 shunt 造設術を施行し，軽快認めた。治療後は ED の状態である。陰茎持続勃起症は，性的刺激とは無関係に4時間以上勃起が遷延する状態と定義されている。向精神病薬が原因と思われる陰茎持続勃起症の2例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告した。

直腸癌による続発性 Priapism の1例：竹垣嘉訓，園田哲平，浅井省和，熊田憲彦，西坂誠泰，柏原 昇（吹田市民） 66歳，男性。2003年8月直腸癌に対し高位前方切除術を施行された。術後，肝転移に対し動注化学療法 (5FU) を，仙骨転移に対して放射線治療を受けていた。2004年2月CT，MRIにて腹壁転移および精囊腺転移を認め当科紹介。初診時2週間前より続く priapism を認め入院となる。陰茎海绵体造影で海绵体内血液の環流障害を認め，陰茎海面体内の血液ガス分析の結果より low-flow priapism と診断した。亀頭-陰茎海绵体

シャントを作成するも効果は一時的であった。その後，肺の癌性リンパ管炎，脳転移出現。さらに前立腺および膀胱浸潤により血尿，尿閉となったため膀胱瘻を造設し，陰茎痛および仙骨部痛に対し塩酸モルヒネ投与した。しかし肺の癌性リンパ管炎増悪し5月6日呼吸不全で死亡された。文献上，転移性陰茎腫瘍の40%に priapism を発症すると報告されている。

骨盤内に発生した Solitary fibrous tumor の1例：長船 崇，福井勝一，小倉啓司（大津赤十字），馬場信雄，花房徹児（同外科），清水洋祐（京都大），山本雅一（京都専売） 41歳，男性。主訴は排尿困難，排便困難。画像診断にて膀胱と直腸の間に最大径 12 cm の腫瘍を認め経直腸的生検施行。平滑筋腫または平滑筋肉腫との診断で，骨盤内腫瘍摘除術施行。術中迅速病理で線維腫，悪性所見なしとの診断で隣接臓器の合併切除は施行せず。摘出標本は 720 g，被膜を有し断面は灰白赤色であった。病理所見は紡錘形の細胞が不規則に増殖し，免疫染色で vimentin，CD34 が陽性を示し solitary fibrous tumor と診断された。骨盤内に発生した solitary fibrous tumor の報告は文献上世界で38例目であった。術後5カ月を経過し再発を認めていない。

尿閉を契機に発見された骨盤内腫瘍の1例：清水信貴，松本成史，杉山高秀，松浦 健，植村天受（近畿大） 33歳，男性。既往歴：2歳時ファロー四徴症手術。尿閉を主訴に紹介受診。CT，MRIにて左の精囊下方と前立腺の間に嚢胞性腫瘍を認めた。UCGにて尿道内に陰影欠損を認めた。2004年6月に全身麻酔下に骨盤内腫瘍摘出術を施行した。尿管，精管は intact であり，腫瘍は周囲との癒着はあったが，精囊，前立腺からは，容易に剥離できた。また尿道内腫瘍は容易に剥離できた。病理学的には上皮，間質に異形細胞は認められず，悪性所見はなかった。CA125 染色からは精囊由来と考えられ，PSA 染色では陽性の上皮がならば嚢胞が散見されるので前立腺由来も考えられ，ウォルフ管と尿生殖洞の発生過程における遺残と迷入が原因と推察された。